

О.С. Шевченко¹, П.И. Потейко², Л. Д. Годорико³

Проблемы и перспективы развития паллиативной помощи фтизиатрическим больным

¹Харьковский национальный медицинский университет,²Харьковская медицинская академия последипломного образования³Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы)

Квалифицированная паллиативная помощь в стране больше направлена на оказание помощи инкурабельным больным с онкологической и гериатрической патологией. Вместе с тем, на сегодняшний день существует масса других направлений паллиативной медицины, включая паллиативную медицину при ВИЧ/СПИД, туберкулезе, гематологическую, педиатрическую паллиативную медицину и др., требующих пристального внимания со стороны специалистов здравоохранения и государства.

Актуальность вопроса определяется высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, в том числе широким распространением резистентных форм, высокими показателями смертности, увеличением числа людей, больных сочетанной инфекцией туберкулез-ВИЧ/СПИД в их конечной стадии развития, требующих не столько медицинской, сколько социальной помощи.

Согласно приказу МЗ Украины № 1091 от 21.12.2012 г., перевод на паллиативную помощь предусмотрен для больных туберкулезом при неудаче лечения по 4 категории (это больные мультирезистентным туберкулезом, с расширенной резистентностью к противотуберкулезным препаратам и химиорезистентным туберкулезом, требующие лечения более 12 месяцев, согласно профилю резистентности). Часто перевод на паллиативную помощь связан с тяжелыми побочными реакциями на препараты второго ряда, тяжелой сопутствующей патологией, которая не дает возможности назначить полноценную схему лечения, с отсутствием приверженности к лечению.

К признакам неудачи лечения относятся: устойчиво положительные результаты микроскопии и посевов мокроты после 8–10 месяцев лечения; невозможность применения хирургического вмешательства вследствие обширного двустороннего поражения легких; формирование на фоне лечения высокой степени лекарственной устойчивости МБТ, при которой невозможно добавить к режиму химио-

терапии два эффективных препарата; ухудшение общего состояния больного, обычно включающее кахексию и дыхательную недостаточность.

Паллиативная помощь больным туберкулезом состоит из следующих компонентов:

1. Обезболивание и устранение или уменьшение симптомов болезни (купирование кашля, помощь при кровохаркании и пр.). Облегчение дыхательной недостаточности. При недостаточности дыхательной функции можно давать больному кислород. Обычно он показан больным с рO₂ менее 55 мм рт. ст. или O₂Sat менее 89% и требует титрования, чтобы уровень O₂Sat превысил 90%. Предоставление дополнительного питания больному. Продолжение применения вспомогательных препаратов – симптоматическое и патогенетическое лечение. Возможно применение изониазида, несмотря на выявленную устойчивость МБТ к препарату.

2. Регулярные посещения больного. Госпитализация, уход за больным на дому при правильной организации инфекционного контроля.

3. Меры по инфекционному контролю. Пациент, химиотерапевтическое лечение которого было прекращено ввиду очевидной неудачи, часто остается в течение длительного времени, а чаще до конца жизни, эпидемически опасным, при этом зачастую выделяемые им МБТ устойчивы ко многим препаратам. В таких случаях очень важны мероприятия по инфекционному контролю, которые следует проводить как в домашних условиях, так и в лечебных учреждениях.

4. Поддержка членов семьи.

Несмотря на существование стандартов и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными больными туберкулезом в каждом отдельном учреждении, нет общих единых подходов в оказании паллиативной помощи по ее различным направлениям, что усложняет предоставление и оценку качества предлагаемых услуг. Существует нехватка квалифицированных кадров, недостаток

самих учреждений паллиативной помощи снижает доступность и качество служб паллиативной помощи населению. Недостаточно внимания уделяется вопросам подготовки и переподготовки кадров по паллиативной медицине. Необходимо развивать различные виды предоставления паллиативной помощи (стационарная, помощь на дому, помощь в дневном стационаре и поликлиническая паллиативная помощь). Все это возможно при стабильном финансировании и оснащении служб паллиативной помощи.

Учитывая ситуацию относительно паллиативной помощи фтизиатрическим больным, можно выделить основные направления работы: разра-

ботка единых подходов, организационных и экономических механизмов управления, стандартов для открытия специализированных учреждений паллиативной помощи, улучшения качества и доступности паллиативной помощи фтизиатрическим больным. Для повышения квалификации специалистов паллиативной помощи необходима разработка и внедрение образовательных курсов и циклов усовершенствования по паллиативной медицине. Для более успешного развития паллиативной помощи в стране необходимо создание рабочей группы (комитета) по разработке и внедрению унифицированной программы развития паллиативной помощи в стране.

А.И. Экзархова, И.А. Баглаенко, О.Е. Ельцова

Медико-психологическое сопровождение терминальных больных специалистами выездной службы «Хоспис на дому», г. Харьков

Харьковский областной благотворительный фонд «Социальная служба помощи»

Ключевые слова: хоспис, выездная служба, неизлечимое заболевание, патронаж, психологическая помощь.

Паллиативная помощь должна предоставляться пациенту с того самого момента, как ему поставили диагноз, будь то рак или неизлечимое хроническое заболевание, т.е. медицинская помощь и психологическая поддержка должны оказываться не только находящимся в крайне тяжелом состоянии, но и тем больным, у кого ещё остаётся время для улучшения качества жизни. Кроме того, иногда необходима подготовка больного и его близких к госпитализации в хоспис. Поэтому во всём мире основная поддержка пациента осуществляется на дому выездной службой хосписа, ведь значительная часть больных хочет находиться дома, а не в стационаре, и при этом получать необходимую медицинскую и другую помощь. При этом поддержка, оказываемая пациенту выездной службой, экономичнее, чем бригадой скорой помощи. Кроме того, наличие выездной службы облегчает отбор наиболее тяжёлых пациентов для госпитализации в хоспис.

При Харьковском областном центре паллиативной медицины «Хоспис» на протяжении трёх с половиной лет работает выездная служба Харьковско-го областного благотворительного фонда «Социальная служба помощи», финансируемая международной благотворительной организацией «Каритас» Австрии. Бригада службы включает: семейного врача, врача-невролога, психолога, волонтеров, медицинских сестёр и социальных работников. Задачами службы являются: отбор больных для паллиативной помощи на дому и определение объёма систематической медицинской и другой помощи в каждом конкретном случае; оказание этой помощи; отбор больных для госпитализации в хоспис.

Контингент больных для паллиативной помощи – онкологические и неонкологические (в значительном большинстве) больные с хроническими неизлечимыми заболеваниями: последствиями тяжёлых инсультов, черепно-мозговых и спинальных травм, прогрессирующими неврологическими